

## Widerrufsformular

(Wenn Sie Ihren Beitritt zur ATF-Mitgliedschaft widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es zurück.)

zurück per Post an:

**Akademie für tierärztliche Fortbildung  
Bundestierärztekammer e.V.  
Französische Str. 53  
10117 Berlin  
GERMANY**

zurück per Fax an:

**+49 (0) 30 / 2 01 43 38-90**

zurück per E-Mail an:

**atf@btkberlin.de**

Hiermit widerrufe ich meinen Beitritt zur Akademie für tierärztliche Fortbildung.

*Beitrittsantrag vom*

*Name*

*Vorname*

*Titel*

*geboren am*

*Straße, Hausnummer*

*Postleitzahl, Wohnort*

*Land: (Bitte angeben,  
wenn nicht D!)*

*Unterschrift*

*Datum*